

# Comment remplir votre formulaire de demande de règlement Assurance-maladie supplémentaire

LA **Great-West** COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

## RELEVÉ DES FRAIS MÉDICAUX

**DIRECTIVES :** Il est important de donner tous les détails des frais et d'annexer les factures et les reçus.  
Remarque : Les factures et les reçus de médicaments, autres que ceux exigés en vertu des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux font partie intégrante de nos dossiers et ne seront pas retournés. Par conséquent, veuillez conserver, aux fins de l'impôt sur le revenu, le détail du règlement accompagnant notre chèque.

**IMPORTANT :** Veuillez répondre à toutes les questions. La présente demande sera retournée si les renseignements nécessaires sont erronés ou incomplets.

*En caractères d'imprimerie s.v.p.*

1 <sup>re</sup> PARTIE - DECLARATION DU SALARIÉ						
NUMÉRO DU RÉGIME	N <sup>o</sup> DE LA DIVISION	NOM DU RÉGIME				
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SALARIÉ		NOM DU SALARIÉ			DATE DE NAISSANCE	
					Année Mois Jour	
ADRESSE : NUMÉRO ET RUE			VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	N <sup>o</sup> DE TÉLÉPHONE
						DOMICILE : BUREAU :

**COORDINATION DES PRESTATIONS :**

Avez-vous droit ou un membre de votre famille a-t-il droit à des prestations d'une autre source?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom du membre de la famille assuré \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec le salarié \_\_\_\_\_

Nom de l'autre assureur \_\_\_\_\_

Numéro de la police \_\_\_\_\_

Un des membres de votre famille (à l'exclusion de vous-même) est-il couvert à titre de salarié par le présent régime?  Oui  Non

Dans l'affirmative à l'une ou l'autre question ci-dessus, et si le patient est un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Le traitement est-il nécessaire par suite d'un accident?  Oui  Non

Dans l'affirmative donnez la date, et l'endroit de l'accident et décrivez ce qui s'est produit \_\_\_\_\_

Une demande de règlement a-t-elle été présentée à la CSST?  Oui  Non

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE						Enfant de plus de 18 ans				
Nom du patient	Lien de parenté avec le salarié	Date de naissance			Le patient habite-t-il avec vous?		Étudie-t-il à temps plein?	S'il est étudiant, combien d'heures passe-t-il à l'école par semaine?	Travaille-t-il?	Combien d'heures par semaine?
		Année	Mois	Jour	OUI	NON				

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT					
Nom du patient	FRAIS DE MÉDICAMENTS		AUTRES FRAIS		
	Nombre de reçus	Total des frais	Type de frais	Nature de la maladie	Total des frais

(SI VOUS AVEZ BESOIN DE PLUS D'ESPACE, ANNEXEZ UNE FEUILLE SÉPARÉE)

Les renseignements personnels que nous recueillons sont conservés dans la plus grande confidentialité et serviront à l'évaluation de votre demande de règlement et à l'administration du régime collectif. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale à titre de numéro d'identification lorsqu'il est nécessaire dans l'administration de mon régime collectif. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance, toute organisation ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements, au besoin aux fins d'évaluer ma demande de règlement et de gérer le régime collectif. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

SIGNATURE DU SALARIÉ \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

EFFACER

Veuillez poster votre formulaire dûment rempli au bureau indiqué dans votre livret ou par votre gestionnaire de régime.

Veuillez annexer tous les reçus originaux au formulaire de demande de règlement.

Veuillez remplir ces parties au complet.

**\*Autorisation\***  
Après avoir dûment rempli le présent formulaire, l'employé doit signer et dater ici.

Les formulaires incomplets peuvent vous être retournés et retarder le traitement de votre demande.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime.